



ELSEVIER
URBAN & FISCHER

Online verfügbar unter www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: <http://journals.elsevier.de/zefq>



SCHWERPUNKT II

Geht auch weniger? Stand der Diskussion in Schweden

“Is it possible to do less?” The current state of the debate in Sweden

Jörg Carlsson*

Linnæus University and Department of Internal Medicine, Section of Cardiology, Kalmar County Hospital, Lasarettsvägen, Kalmar, Sweden

SCHLÜSSELWÖRTER

Priorisierung;
Schweden;
Deutschland;
Verteilungsgerechtigkeit

Zusammenfassung Von den verschiedenen Interpretationen der Frage „Geht auch weniger?“ oder der Behauptung „Weniger ist mehr!“ im Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen ist folgende seit langer Zeit im schwedischen Gesundheitswesen implementiert: „Weniger vom Unwichtigen ermöglicht ein Mehr des Wichtigen“. Dieses ist im Grunde die Basis der Priorisierung im schwedischen Gesundheitswesen. Während das Konzept der Priorisierung in Schweden etabliert ist und ständig weiterentwickelt wird, wird dieses in Deutschland zumeist entweder abgelehnt oder missverstanden. Warum ausgerechnet das deutsche Gesundheitswesen von der allgemeinen Notwendigkeit der Priorisierung, die nahezu eine Bedingung des menschlichen Lebens darstellt, ausgenommen sein sollte, ist dem schwedischen Beobachter unklar. Jedoch können einige Bedingungen genannt werden, die eine Implementierung im deutschen Gesundheitswesen erschweren. Hierzu gehören u.a. das System privater und gesetzlicher Krankenversicherungen und die Tatsache eines ökonomischen Anreizsystems, das Leistungen ohne ausreichende Berücksichtigung der Indikationsqualität fördert. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass das schwedische Gesundheitswesen eben wegen der Priorisierung effektiver ist, als das deutsche und dass ein weniger des Unwichtigen durch Priorisierung ein mehr des Wichtigen ermöglicht und damit das Ergebnis für die Patienten verbessert.
(Wie vom Gastherausgeber eingereicht).

KEYWORDS

Prioritisation;
Sweden;
Germany;
distributive justice

Summary The question “Is it possible to do less?” and the claim “Less is more!” can be answered and construed in different ways. One possible interpretation, which is well established in the Swedish health system, is “Accomplishing more (of the things that are important) by doing less (of the things that are dispensable)”. Essentially, this is the basis of prioritisation in Swedish health care. While the concept of prioritisation is very well established in Sweden, the discussion about prioritising in Germany has always been difficult. It is, from a Swedish perspective, unclear why, of all things, health care should be exempted from prioritisation which otherwise is a necessity concerning all aspects of human and societal life. Some conditions

* Korrespondenzadresse: Prof. Dr.med. Jörg Carlsson, M.A., Linnæus University and Department of Internal Medicine, Section of Cardiology, Kalmar County Hospital, Lasarettsvägen, S-391 85 Kalmar, Sweden. Tel.: +0046-480-448117; Fax: +0046-480-84182
E-Mail: jorg.carlsson@ltkalmar.se

complicate prioritisation in German health care, including the system of private and statutory health insurance and economic incentives which do not reward procedures based on indications. It will be argued that the Swedish health care system is more effective than the German not at least because of the system of prioritisation that allows for providing more necessary and essential health care instead of offering unnecessary and dubious procedures, thereby also improving patient outcome.
(As supplied by publisher).

Einleitung

Schon ein grober Vergleich des deutschen mit dem schwedischen Gesundheitswesen zeigt, dass im Grunde jede beliebige Leistung des Gesundheitssystems in Schweden seltener erbracht wird als in Deutschland. Das reicht von Arztbesuchen pro Jahr bis hin zu Schrittmacherimplantationen und Ballonerweiterungen der Herzkranzgefäße, um einmal in meinem Bereich der Kardiologie zu bleiben. Die Wahrscheinlichkeit von 3 oder mehr Arztbesuchen liegt in Deutschland bei 0,72 während sie in Schweden bei nur 0,40 liegt [1]. Der Deutsche geht durchschnittlich 7,8 mal pro Jahr zum Arzt, die Zahl der Arztbesuche pro Jahr liegt bei den Schweden bei 2,8 (WHO Daten, nach Anell et al. [2], S. 89). Mit dieser Feststellung, die durch zahlreiche Statistiken gestützt wird, ist natürlich nicht der Beweis erbracht, dass „weniger auch mehr“ (oder zumindest gleich gut) ist, wie der Titel suggerieren könnte. Die Frage „Geht auch weniger?“ kann unter mindestens drei Aspekten diskutiert werden:

1. **Medizinsch-wissenschaftlich:** Hier können die Beispiele Kardioversion bei Vorhofflimmern [3], Chemotherapie bei Lungenkarzinom [4] und Radikalität bei Mammakarzinom-OP [5] genannt werden. Ein geringerer Einsatz von Leistungen/Prozeduren des Gesundheitswesens kann bei bestimmten Diagnosen/Prozeduren zu besseren Resultaten führen. Hierunter fällt auch die unendliche Diskussion der Überdiagnostik im Bereich des "Screenings" Gesunder [6]. Dies ist keine spezifisch schwedische Diskussion, sondern eine rein wissenschaftliche, die als solche nicht an Länder gebunden ist.
2. **Politisch:** weniger Geld für das Gesundheitswesen bedeutet mehr Geld für z.B. das Schulwesen. Auch dieses ist keine spezifisch schwedische Diskussion, sondern eine national politische.
3. **Medizinisch-ethisch:** weniger Lebenszeit kann mehr Lebensqualität bedeuten. Dass eine Lebensverlängerung um den Preis der Lebensqualität häufig nicht sinnvoll ist, stellt keine Neuigkeit dar und abgesehen von medizinisch-ethischen Aspekten erfordert eine solche Abwägung die Aufklärung und individuelle Entscheidung des Patienten.
4. **Medizinische Priorisierung:** weniger vom Unwichtigen bedeutet Möglichkeit zu mehr vom Wichtigen bei konstanten Ressourcen. In dieser Diskussion ist Schweden Deutschland weit voraus [7].

Im Folgenden soll an Beispielen gezeigt werden, dass in Schweden – bei vergleichbarer Inzidenz der meisten Volkskrankheiten - weniger Gesundheitsleistungen erbracht

werden, jedoch mit generell guten, in vielen Fällen sogar besseren Resultaten als dies in Deutschland der Fall ist. Natürlich muss man sich vor allzu einfachen oder sogar polemischen Schlussfolgerungen hüten! Die Priorisierung ist jedoch aus Sicht des Autors ein wesentlicher Grund für bessere Resultate bei geringerem ökonomischen Aufwand. Selbstverständlich ist dieses eine Hypothese; diese zu beweisen, liegt zwar ausserhalb der Möglichkeiten dieser kurzen Übersicht, aber einige wichtige Indizien hierfür sollen gegeben werden.

Weniger!

Auf die unterschiedliche Häufigkeit von Arztbesuchen in Schweden und Deutschland ist in der Einleitung schon hingewiesen worden. Auch ist der ökonomische Aufwand für das Gesundheitssystem in Schweden geringer als in Deutschland: 2008 betrug der Anteil der Ausgaben Deutschland 10,4% und in Schweden 9,1% des Bruttonationalproduktes (WHO Daten, nach Anell et al. [2], S.51). In US-Dollar gerechnet waren das 3423 Dollar pro Einwohner in Schweden und 3692 Dollar pro Einwohner in Deutschland (WHO Daten, nach Anell et al. [2], S.53). Diese Aufzählung kann über die Zahl von Krankenhäusern, Krankenhausbetten bis hin zur Krankenhausverweildauer fortgesetzt werden. Als Illustration kann die vom Autor geleitete kardiologische Abteilung dienen: In 30 Betten (inklusive 6 Betten intermediate-care) werden pro Jahr 3500 Patienten stationär behandelt, mit einer durchschnittlichen Verweildauer von etwas über drei Tagen. Für eine solche Patientenzahl werden in Deutschland grob das Doppelte an Betten benötigt. Während die Zahl berufstätiger Ärzte in Relation zur Bevölkerungszahl in Deutschland und Schweden nahezu gleich ist, so ist das Verhältnis zwischen Krankenausärzten und niedergelassenen Ärzten unterschiedlich: In Schweden arbeiten etwa zwei Drittel aller Ärzte an Krankenhäusern, aber übernehmen dort auch den Großteil der fachärztlichen ambulanten Versorgung. Eine fachärztliche „Doppelversorgung“ Praxis und Krankenhaus besteht bisher allenfalls andeutungsweise in den wenigen schwedischen Großstädten. Obwohl die Inzidenz des Herzinfarktes und die Prävalenz der koronaren Herzkrankheit in Deutschland und Schweden vergleichbar sind, werden sämtliche kardiologische Prozeduren weitaus häufiger in Deutschland als in Schweden ausgeführt (Abb. 1). In anderen Bereichen wird in Schweden ein weniger an Leistungen geradezu gefordert: Als Beispiel kann die Arthroskopie des Kniegelenkes bei Arthrose genannt werden, hier werden in den jährlichen „öffentlichen Vergleichen“ (Öppna Jämförelser) Krankenhäuser rot markiert, die zu viele dieser als medizinisch nicht sinnvoll angesehenen Maßnahme durchgeführt haben [8]. Die Liste des „weniger“ in

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1094628>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1094628>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)